

некоторых тяжелых заболеваниях и неотложных состояниях). Соответственно, необходимо учитывать изменение каталитической активности альбумина у пациентов со значительными сдвигами кислотно-основного равновесия при назначении бета-лактамов антибиотиков.

Литература

1. Kragh-Hansen, U. Practical Aspects of the Ligand-Binding and Enzymatic Properties of Human Serum Albumin / U. Kragh-Hansen, V. T. G. Chuang, M. Otageri // Biological & Pharmaceutical Bulletin. - 2002. - V.25. - P. 695 — 704
2. Жильцов, И.В. Исследование природы бета-лактамазной активности сыворотки крови / Жильцов И.В., Веремей И.С., Семенов В.М., Генералов И.И., Егоров С.К. // Иммунопатол., аллергол., инфектол. — 2011. — №3. — с.17—23.
3. Kragh-Hansen, U. Human serum albumin isoforms / U. Kragh-Hansen [et al.] // Biochimica et Biophysica Acta 1830. — 2013. — P. 5405—5417.

МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПОЛОТНА ТРИКОТАЖНОГО МЕДИЦИНСКОГО СЕТЧАТОГО ДЛЯ МАЗЕВЫХ ПОВЯЗОК

Еленская Ю.Р., Семенов В.М., Кабанова С.А.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», г. Витебск, Беларусь

Обзоры литературы свидетельствуют, о том, что 80% из всех заболеваний слизистой оболочки полости рта у детей приходится на герпетический стоматит (ГС). Данное заболевание встречается чаще других инфекционных заболеваний [1, 2]. Установлено, что новорожденные (от 2 до 43 суток после рождения) могут болеть ГС [3]. Недоношенные дети страдают ГС чаще детей, рожденных в срок [4]. За последнее время резко возросло число больных ГС, особенно в среднетяжелой форме. Многие авторы утверждают, что число вновь заболевших ежегодно возрастает более чем на 10% [5]. Несмотря на то, что проблеме лечения простого герпеса уделяется достаточно внимания, вопросы терапии остаются открытыми.

Цель — разработать метод местного лечения герпетического стоматита с использованием полотна трикотажного медицинского сетчатого для мазевых повязок.

Материалы и методы. На базе кафедр терапевтической стоматологии и инфекционных болезней Витебского государственного медицинского университета было обследовано 104 ребенка с острым и хроническим герпетическим стоматитом. Основную группу составило 48 детей больных ГС. Из них — 22 девочки и 26-мальчика (45,8% и 54,1% соответственно), у которых применялся предложенный нами метод лечения ГС с использованием полотна трикотажного медицинского сетчатого для мазевых повязок. В контрольную группу вошло 56 паци-

ентов с «традиционной терапией» — 32-девочки и 24 мальчика (57,1% и 42,8%). Средний возраст пациентов основной группы $7,02 \pm 3,46$, контрольной $7,87 \pm 3,63$.

Полотно трикотажное медицинское сетчатое обеспечивает регулирование количества мази в более широком интервале. Оригинальная структура создает минимальный контакт с раневой поверхностью, обеспечивает минимальную степень адгезии и безболезненность при перевязках. Хорошо моделируется на ране, не сдерживает рост грануляционной ткани. В сочетании с мазями обеспечивает требуемый пареообмен в ране, хорошую регенерирующую способность, выдерживает условия паровой, радиационной или газовой стерилизации.

Для успешного местного лечения герпетического стоматита необходимо собрать соответствующие клиническому состоянию объективные данные, провести клиническое обследование, установить точный диагноз, произвести все необходимые действия в निжеследующей этапной последовательности.

I-этап. Обследование стоматологического пациента с патологией слизистой оболочки полости рта. Проводят опрос с выяснением истории стоматологического и общего анамнезов, оценку уровня общемедицинского и семейного анамнеза, клинический осмотр: экстраоральный, периоральный и интраоральный.

II-этап. Местное лечение герпетического стоматита.

Осуществляют обезболивание слизистой оболочки полости рта местноанестезирующими лекарственными средствами.

Антисептическую обработку ротовой полости рта проводят путем орошением с помощью стерильных ватных валиков или полосканием теплыми растворами антисептиков.

На стерильное трикотажное полотно наносится противовирусная мазь и прикладывается к эрозивной поверхности слизистой оболочки ротовой полости, сверху фиксируется дентальной адгезивной пастой.

Через 1,5—2 часа в домашних условиях пациент удаляет повязку.

Курс лечения противовирусным лекарственным средством составляет 5 дней, кратность процедур 3—4 раза в день.

Начиная с 6 дня при отсутствии появления новых элементов поражения, назначают эпителизирующие лекарственные средства.

В случае появлении новых элементов поражения, продолжают проводить противовирусную терапию.

Результаты и обсуждение. ГС диагностировалась на основании клинических проявлений и лабораторных исследований. В зависимости от степени тяжести все пациенты были разделены на три группы — легкая степень, среднетяжелая степень, тяжелая степень герпетического стоматита. После постановки диагноза приступали к определению величины эрозивного поражения с использованием индекса «Определение величины эрозивно-язвенного повреждения (Л.Н. Дедова, И.Н. Федорова, 2005)» в первый, третий и пятый день обращения. В результате исследования достоверных различий в величине площади поражения между контрольной и основной группой в день обращения выявлено не

было ($p > 0,05$). Установлено, что в основной группе на 3-й день площадь поражения уменьшилась в 1,8 раз ($p < 0,001$), на 5-й день в 4 раза ($p < 0,001$). В контрольной группе с «традиционным методом лечения» этот же индекс достоверно снизился на 5 день лечения в 1,8 раза ($p < 0,001$). Учитывая данные о величине площади поражения эрозивно-язвенных повреждений, а также продолжительности лечения определяли «Индекс регенерации СОРП (ИРСОР) (Л.Н. Дедова, И.Н. Федорова, 2005)». В группе с предложенным нами методом лечения была отмечена II стадия регенерации слизистой оболочки полости рта, в то время как в контрольной группе I стадия регенерации СОРП ($p < 0,0001$). Площадь эрозии уменьшилась в 2,1 раз на третий день лечения, и в 1,6 раз на 5 день в основной группе.

У пациентов контрольной группы достоверно более неудовлетворительная гигиена полости рта (индекс O'Leary) на пятый день лечения, высокие показатели, характеризующие состояние тканей периодонта (индекс GI).

Отмечается положительная корреляция между значениями стоматологических индексов GI и индексом гигиены O'Leary ($r = 0,38$; $p < 0,007$ — умеренная степень корреляции) в основной группе на 1 день лечения и 3 день лечения ($r = 0,4$; $p < 0,003$ — умеренная степень корреляции).

Выводы. Местное лечение герпетического стоматита с использованием трикотажного сетчатого медицинского полотна для мажевых повязок позволяет, уменьшить болевые ощущения, улучшить эпителизацию эрозивных поражений ротовой полости и сократить сроки лечения. За счет снижения болевого синдрома, вследствие уменьшения эрозивной поверхности, происходит нормализация гигиены полости рта и уменьшение степени воспаления десны.

Литература

1. Особенности эпидемиологии герпесвирусной инфекции в Беларуси / А.Г. Коломиец [и др.] // Здравоохранение. — 1998. — № 7. — С. 23—26.
2. Страхова, С.Ю. Новые лекарственные препараты в комплексном лечении острого герпетического стоматита у детей: дис. канд. мед. наук: 14.00.21 / С.Ю. Страхова. — Москва, 2000. — 135 с.
3. Абазова, Ф.И., Неизвестная эпидемия: герпес (патогенез, диагностика, клиника, лечение) / Ф.И. Абазова. — М.: Медицина, 1997. — С. 124.
4. Михайловская, В.П. Применение оксинисепта при лечении герпетического стоматита у детей / В.П. Михайловская // Современная стоматология. — 1998. — № 1. — С. 25.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВИРУСНЫХ ЭКЗАНТЕМ У ДЕТЕЙ

Ермолович М.А., Самойлович Е.О.,
Свирчевская Е.Ю.

Республиканский научно-практический
центр эпидемиологии и микробиологии,
г. Минск, Беларусь

Среди вирусных инфекций детского возраста немалая доля сопровождается развитием макуло-папулезной сыпи и лихорадки [1]. Во многих случаях сходство симптомов создает значительные трудности для диагностики отдельных нозологических форм на основании только клинических данных. В связи с этим, в республиканской референс-лаборатории по кори и краснухе было проведено серологическое исследование для установления роли вируса кори, вируса краснухи, парвовируса B19, энтеровируса, аденовируса, вируса герпеса человека типа 6 (ВГЧ6) в этиологической структуре острых экзантемных инфекций у детей 0—18 лет.

Материалы и методы. С января 2009 г. по декабрь 2011 г. в республиканской референс-лаборатории по кори и краснухе на наличие IgM антител к вирусу кори, вирусу краснухи, парвовирусу B19, энтеровирусу и аденовирусу было исследовано 535 сывороток крови детей 0—18 лет с макуло-папулезной сыпью и лихорадкой. На наличие IgM антител к ВГЧ-6 были исследованы 156 образцов от детей в возрасте 0—3 лет.

IgM антитела к вирусам кори, краснухи, парвовирусу, энтеровирусу, аденовирусу выявляли в иммуноферментном анализе с использованием наборов «Enzygnostanti-measlesvirusIgM» (Siemens, Германия), «Enzygnostanti-rubellavirusIgM» (Siemens, Германия), «ParvovirusB19 IgM» (Virion/Serion, Германия), «EnterovirusIgM» (Virion/Serion, Германия), «AdenovirusIgMELISA» (DRG, Германия). Специфические IgM антитела к ВГЧ6 выявляли методом непрямой иммунофлюоресценции с использованием набора «Anti-HHV-6 IIFIgM» (Euroimmun, Германия).

Результаты и обсуждение. Из 535 сывороток крови детей 0—18 лет с макуло-папулезной сыпью и лихорадкой в 279 (52,1%) были выявлены IgM антитела к вирусу кори, вирусу краснухи, парвовирусу, аденовирусу, энтеровирусу или ВГЧ-6 (таблица).

Наиболее часто выявлялись IgM антитела к парвовирусу B19, которые присутствовали в 26,5% образцов. Второй по распространенности являлась энтеровирусная инфекция, выявленная у 11,2% заболевших. Инфекции, обусловленные аденовирусом и ВГЧ-6, составляли приблизительно одинаковую долю в структуре острых экзантем, 5,6% и 5,8%, соответственно.

Наиболее редко, в сравнении с другими исследованными заболеваниями, у детей встречались корь и краснуха, которые были выявлены у 2,6% и 0,4% обследованных.

Основной причиной экзантемы у детей 0—2 лет являлась ВГЧ6 инфекция, которая была подтверждена у 27,0% обследованных и составила 48,4% всех случаев с установленной вирусной этиологией в этой возрастной группе. Из 30 заболевших 20 (66,7%) были дети в возрасте 6—11 месяцев, что совпадает с данными литературы [2].

Энтеровирусная и парвовирусная инфекции являлись причиной острой экзантемы у 12,6% и 10,8% детей моложе 3 лет, соответственно. Из 4 случаев кори в этой возрастной группе два развились у непривитых по возрасту детей моложе 12 месяцев, один — у ребенка двух лет, непривитого в связи с отказом родителей, еще один — у однократно вакцинированного ребенка, проживавшего в социально неблагополучной семье.